



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ

ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑΣ

ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ **Αρ. Φύλλου 1309**

16 Σεπτεμβρίου 2005

ΑΠΟΦΑΣΕΙΣ

Αριθ. 17062

Καθορισμός διοικητικών διαδικασιών του ΟΑΠ - ΔΕΗ αρμοδιότητας Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας και των αντίστοιχων εντύπων τους που διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.).

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ - ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του τελευταίου εδαφίου της παραγράφου 1 του άρθρου 31 του ν. 3013/2002 «Αναβάθμιση της πολιτικής προστασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 102/Α΄/1.5.2002, όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε από την παρ. 5 του αρθ. 11 του ν. 3146/2003 (ΦΕΚ Α΄/125/23.5.2003), την παρ. 4 του αρθ. 24 του 3200/2003 (ΦΕΚ/Α΄/281/9.12.2003) καθώς και το άρθρο 16 του ν. 3345/2005 (ΦΕΚ 138/Α΄/16.6.2005).

2. Τις διατάξεις του άρθρου 8 του ν.1599/1986 «Σχέσεις Κράτους - Πολίτη, καθιέρωση νέου τύπου δελτίου ταυτότητας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 75/Α/11.6.1986, σε συνδυασμό με αυτές της παρ. 2 του αρθ. 2 της από 21.12.2001 ΠΝΠ (ΦΕΚ/Α΄/288/21.12.2001) «Αρμοδιότητα των δικαστηρίων σε υποθέσεις αναγκαστικών απαλλοτριώσεων, φορολογικές και τελωνειακές ρυθμίσεις».

3. Τις διατάξεις της παραγράφου 3 του άρθρου 3 του ν. 2690/1999 «Κύρωση του Κώδικα Διοικητικής Διαδικασίας και άλλες διατάξεις» ΦΕΚ 45/Α/9.3.1999.

4. Την υπ' αριθμ. ΔΙΑΔΠ/Α1/18368/1.10.2002/ Φ.Ε.Κ. 1276 Β΄Απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Διοίκησης και Αποκέντρωσης «Καθορισμός του τύπου της Υπεύθυνης Δήλωσης του άρθρου 8 του ν. 1599/1986 (ΦΕΚ 75)».

5. Τις διατάξεις της παρ. 1, του άρ. 24 του ν. 3200 (ΦΕΚ/Α/281/9.12.2003) «Τροποποιήσεις του ν. 1388/1983 - Ίδρυση Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης - ίδρυση Εθνικής Σχολής Δημόσιας Διοίκησης και άλλες διατάξεις», με τις οποίες η Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης μετονομάζεται σε Γενική Γραμματεία Δημόσιας Διοίκησης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης.

6. Το άρθρο 90 του Κώδικα Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα, που κυρώθηκεμε το άρθρο πρώτο του π.δ. 63/2005 «Κωδικοποίηση της νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και τα Κυβερνητικά όργανα» (ΦΕΚ Α΄ 98).

7. Την υπ' αριθμ. ΔΙΔΚ/Φ1/2/6139/24.3.2004 κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης για την ανάθεση αρμοδιοτήτων.

8. Την υπ' αριθμ. 80015/22.4.2004 (ΦΕΚ 598/Β΄/2004) κοινή απόφαση του Πρωθυπουργού και του Υπουργού Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας «Ανάθεση αρμοδιοτήτων στους Υφυπουργούς Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας», όπως τροποποιήθηκε με τις υπ' αριθμ. 80026/9.6.2004 (ΦΕΚ 883/Β΄/2004) και 80045/23.8.2004 (ΦΕΚ 1293/Β΄/2004) όμοιες αποφάσεις.

9. Τις διατάξεις του π.δ. 51/2001 (ΦΕΚ Α/41/8.3.2001) περί της Σύστασης, οργάνωσης και λειτουργίας του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ (ΟΑΠ - ΔΕΗ).

10. Τις διατάξεις του αρ. 34 του ν. 2773/1999 (ΦΕΚ Α/286/22.12.1999) περί Απελευθέρωσης της αγοράς ηλεκτρικής ενέργειας - Ρύθμισης θεμάτων ενεργειακής πολιτικής και λοιπών διατάξεων.

11. Τις διατάξεις του αρ. 26 του ν. 2919/2001 (ΦΕΚ Α/128/25.6.-2001) περί Σύνδεσης έρευνας και τεχνολογίας με την παραγωγή και άλλων διατάξεων.

12. Την ανάγκη βελτίωσης της εξυπηρέτησης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τον πολίτη.

13. Το γεγονός ότι από την έκδοση της απόφασης αυτής δεν προκαλείται δαπάνη σε βάρος του Κρατικού Προϋπολογισμού και του προϋπολογισμού του ΟΑΠ - ΔΕΗ, αποφασίζουμε:

Οι πιο κάτω διοικητικές διαδικασίες του Οργανισμού Ασφάλισης Προσωπικού ΔΕΗ που εμπίπτουν στην αρμοδιότητα του Υπουργείου Απασχόλησης και Κοινωνικής Προστασίας μπορούν να διεκπεραιώνονται και μέσω των Κέντρων Εξυπηρέτησης Πολιτών (Κ.Ε.Π.) κατά την προβλεπόμενη από το άρθρο 31 του ν.3013/2002 διαδικασία:

1. Έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (για ασφαλισμένους του ΟΑΠ - ΔΕΗ).

2. Αντικατάσταση Βιβλιαρίου ασθενείας λόγω συμπλήρωσης, απώλειας ή καταστροφής.

3. Ετήσια θεώρηση βιβλιαρίου ασθενείας προσωρινού (φοιτητικού) για τέκνα 18 έως 26 ετών

4. Παράταση ισχύος βιβλιαρίου ασθενείας για τέκνα άνω των 24 ετών ως και το 26ο έτος.

5. Χορήγηση βεβαίωσης σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ.

5α. Χορήγηση πληροφοριακού δελτίου σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ

6. Χορήγηση βεβαίωσης υπαγωγής στον Κλάδο Υγείας ασφαλισμένων, συνταξιούχων και μελών της οικογενείας.

7. Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής από την ασφάλιση του Κλάδου Υγείας ασφαλισμένων, συνταξιούχων και μελών οικογενείας.

8. Χορήγηση βεβαίωσης χρόνου ασφάλισης πρώην ασφαλισμένων μισθωτών ΔΕΗ και τ. ΗΕΑΠ, προκειμένου να κατατεθεί σε άλλον ασφαλιστικό φορέα.

9. Χορήγηση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης στον Κλάδο Υγείας μέλους οικογένειας ασφαλισμένων και συνταξιούχων.

10. Επίδομα Κυοφορίας.

11. Επίδομα Θηλασμού.

12. Χορήγηση βοηθήματος για έξοδα κηδείας.

13. Συμμετοχή σε Βρεφονηπιακούς Σταθμούς της ΔΕΗ (Αμαρουσίου - Περιστερίου - Καλλιθέας).

14. Συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα της ΔΕΗ ΑΕ ή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ανταλλαγής φιλοξενίας στην Κύπρο ή στο Ιδιωτικό Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα

15. Χορήγηση Δανείου.

16. Αλλαγή διεύθυνσης κατοικίας συνταξιούχου

17. Χορήγηση, επαναχορήγηση, διακοπή, συνέχιση οικογενειακού επιδόματος τέκνων (για συνταξιούχους).

18. Χορήγηση βεβαίωσης του ύψους του οικογενειακού επιδόματος, τέκνου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην Πρόνοια

19. Αναθεώρηση σύνταξης λόγω τμηματικού υπολογισμού αυτής (για συνταξιούχους).

20. Επιστροφή εισφορών υπέρ ΛΑΦΚΑ (για συνταξιούχους).

21. Χορήγηση - διακοπή επιδόματος συζύγου

Τα έντυπα που αντιστοιχούν στις πιο πάνω διαδικασίες επισυνάπτονται στην παρούσα απόφαση, αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της και είναι αυτά που θα χρησιμοποιούνται από τα Κ.Ε.Π. και τις καθ' ύλην αρμόδιες υπηρεσίες για τη διευκόλυνσή τους.

Η απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Αθήνα, 6 Σεπτεμβρίου 2005

ΟΙ ΥΦΥΠΟΥΡΓΟΙ

ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ

ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΑΝΔΡΕΟΥΛΑΚΟΣ

ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ

Ν. ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

1

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (για ασφαλισμένους του ΟΑΠ-ΔΕΗ)»

ΠΡΟΣ:	**ΟΑΠ-ΔΕΗ** **ΑΘΗΝΑ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΦΟΡΕΑΣ		**ΚΩΔΙΚΟΣ**	
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑ		**ΚΩΔΙΚΟΣ**	

Είναι η πρώτη φορά που ζητώ να εκδοθεί ΕΚΑΑ από το Ταμείο	**ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

Α.Μ.-α/κ			**Α.Μ.Κ.Α.**	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Α	**ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ**			**ΑΡ. ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**	
Σ	**ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ**			**ΕΙΔΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ**	
	ΣΥΓΧΩΝΕΥΣΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ			**Τ**	**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΣΤΥΝΟΜΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ**
Γ	**ΓΗΡΑΤΟΣ**	**Π**		**Δ**	**ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ**
Α	**ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ**	**Β**		**Σ**	**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΡΑΤΙΩΤΙΚΗ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ**
Θ	**ΘΑΝΑΤΟΥ**	**Β**		**Α**	**ΑΛΛΟ ΕΓΓΡΑΦΟ**

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο Γέννησης:					
Επώνυμο Σημερινό:		Όνομα Πατρός:					
Όνομα Μητρός:							
Ημερομηνία γέννησης[1]:							
Χώρα Υπηκοότ.:		ΚΩΔΙΚΟΣ:		ΑΦΜ:			
Φύλο:	Α ☐	**ΑΡΡΕΝ (ΑΝΔΡΑΣ)**	Θ ☐	**ΘΗΛΥ (ΓΥΝΑΙΚΑ)**			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Δήμος-Κοινότητα:		Κωδ. Νομού:		Χώρα:		Κωδικός	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:			

ΜΕ ΛΑΤΙΝΙΚΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ	
Επώνυμο Γέννησης	
Επώνυμο Σημερινό	
Όνομα	
Όνομα Πατρός	
Όνομα Μητρός	

Α	**ΑΜΕΣΟΣ**	**ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ**			
Ε	**ΕΜΜΕΣΟΣ (Μέλος Άμεσου)**	**Σ**	**ΣΥΖΥΓΟΣ**	**Γ**	**ΓΟΝΙΟΣ**
Ημερομηνία Λήξης Περίθαλψης		**Π**	**ΠΑΙΔΙ**	**Α**	**ΑΔΕΛΦΟΣ-Η**
				Ε	**ΕΓΓΟΝΙ**

Α.Μ.Αναφ-α/κ			**ΑΜΚΑ Αναφοράς**	

Δ/ΝΣΗ ΑΜΕΣΟΥ:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		Ε – mail:	

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: Με το παρόν έντυπο , ο άμεσα ασφ/νος - συντ/χος ή το έμμεσο μέλος αυτού, αιτείται την έκδοση της Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας.

ΓΕΝΙΚΑ

- Τα στοιχεία του Φορέα και του Υποκαταστήματος , οι ημ/νίες Εναρξης και Λήξης του δικαιώματος της Περίθαλψης (για το αναγραφόμενο στην αίτηση άτομο) καθώς και οι Κωδικοί (εκτός αυτού του Νομού) συμπληρώνονται από τον Φορέα.
- Τα αλφαβητικά στοιχεία να είναι ΚΕΦΑΛΑΙΑ , χωρίς συντμήσεις και ομοιοματικά.
- Οπου υπάρχουν αναγραφόμενες τιμές, πρέπει να κυκλωθεί η σωστή.
- Οι ημερομηνίες συμπληρώνονται με τη σειρά Ημέρα / Μήνας / Ετος

ΤΡΟΠΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

- Α.Μ - α/κ = Ο Αριθμός Μητρώου του αιτούντος στο Φορέα και (αν υπάρχει) ο αντικώδικας. Για έμμεσα μέλη, που ο Φορέας διατηρεί γι'αυτά τον ΑΜ του άμεσα ασφ/νου - συντ/χου με την προσθήκη ενός επιθέματος (πχ 01 για το πρώτο μέλος, 02 για το δεύτερο κλπ), ο ΑΜ που θα αναγράφεται θα είναι ο ΑΜ του άμεσα + επίθεμα (πχ για το 03 μέλος του άμεσα ασφ/νου με ΑΜ 23434, ο ΑΜ του μέλους μπορεί να είναι ο 2343403 ή ο 23434-03)
- Α.Μ Αναφοράς - α/κ = Ο Αριθμός Μητρώου του άμεσα από όπου έλκουν το δικαίωμα της Περίθαλψης (συμπληρώνεται για τα έμμεσα μέλη και τους συντ/χους Θανάτου) και (αν υπάρχει) ο αντικώδικας.
- ΑΜΚΑ = Ο Αριθμός Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (11 αριθμοί) του αιτούντος
- ΑΜΚΑ Αναφοράς = Ο ΑΜΚΑ του άμεσα από όπου έλκουν το δικαίωμα της Περίθαλψης (συμπληρώνεται για τα έμμεσα μέλη και τους συντ/χους Θανάτου)
- ΑΣΦ./ΣΥΝΤΑΞ. = για το έμμεσο μέλος ενός άμεσα ασφ/νου κυκλώνεται το [Α], ενώ για το έμμεσο μέλος ενός συντ/χου το [Σ]
- ΑΜΕΣΟΣ-ΕΜΜΕΣΟΣ. = Οι συντ/χοι Θανάτου θεωρούνται Αμεσα συντ/χοι.
- ΣΥΓΓΕΝΙΚΗ ΣΧΕΣΗ = Συμπληρώνεται για έμμεσα μέλη και τους συντ/χους Θανάτου.
- ΦΟΙΤΗΤΗΣ = κυκλώνεται το [Φ] όταν ο Φορέας είναι Εκπαιδευτικό Ιδρυμα και η αίτηση γίνεται από Φοιτητή.
- ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΑΥΤΟΤΗΤΑΣ = π.χ Α323244 (για Ελληνική Αστυνομική) ή F23445 (για ξένο Διαβατήριο)
- ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ = π.χ η ημ/νία 5 Μαρτίου 1960 γράφεται 05/03/1960.

Αν η πλήρης ημ/νία γέννησης είναι **διαπιστωμένα** άγνωστη, αλλά είναι γνωστό μόνον το έτος, τότε γράφεται πχ 00/00/1934

- ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΕΛΛΗΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ) = Συμπληρώνονται από τους Ελληνες υπηκόους. Σε περίπτωση διπλών Ονομάτων, αυτά διαχωρίζονται με παύλα.
- ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ (ΛΑΤΙΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ) = Συμπληρώνονται **μόνο** από τους αλλοδαπούς που δεν διαθέτουν Ελληνική αστυνομική ταυτότητα. Σε περίπτωση διπλών Ονομάτων, αυτά διαχωρίζονται με παύλα.
- ΚΩΔ.ΝΟΜΟΥ = αναφέρεται πάντα σε Νομό της Ελλάδας και συμπληρώνεται με τα τέσσερα πρώτα γράμματα αυτού π.χ ΑΤΤΙ (για Αττική) , ΘΕΣΣ (για Θεσσαλονίκη).
- ΤΗΛΕΦΩΝΟ = αναγράφεται και ο αριθμός κλήσης της περιοχής , πχ 26610-32211

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν έχω σε ισχύ άλλη ΕΚΑΑ, ούτε εκκρεμεί σχετική αίτηση.

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Έκδοση Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Ασθένειας (για ασφαλισμένους του ΟΑΠ-ΔΕΗ)**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

2

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αντικατάσταση βιβλιαρίου ασθενείας λόγω συμπλήρωσης, απώλειας ή καταστροφής».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

***Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:						

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Συμπληρωμένο βιβλιάριο του άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένου (στην περίπτωση αντικατάστασης βιβλιαρίου ασθενείας λόγω συμπλήρωσης)			
2. Πρόσφατη φωτογραφία του άμεσα ή έμμεσα ασφαλισμένου (στα τέκνα απαιτείται φωτογραφία άνω των πέντε ετών)			
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 (συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση) (στην περίπτωση απώλειας του βιβλιαρίου ασθενείας).			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Έχασα το ατομικό ή οικογενειακό μου βιβλιάριο στις -- και σε περίπτωση που το βρω θα το προσκομίσω στην αρμόδια υπηρεσία του ΟΑΠ-ΔΕΗ.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Αντικατάσταση βιβλιαρίου ασθενείας λόγω συμπλήρωσης, απώλειας ή καταστροφής**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 3

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Ετήσια θεώρηση βιβλιαρίου ασθενείας προσωρινού (φοιτητικού) για τέκνα 18 έως 26 ετών»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) : * Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[3]
1. Βιβλιάριο ασθενείας του έμμεσα ασφαλισμένου.			
2. Βεβαίωση σπουδών τρέχοντος έτους.			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η παρούσα διοικητική διαδικασία πραγματοποιείται μέχρι τις 31/12 κάθε έτους.			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [2], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Ετήσια θεώρηση βιβλιαρίου ασθενείας προσωρινού (φοιτητικού) για τέκνα 18 έως 26 ετών**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

4

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Παράταση ισχύος βιβλιαρίου ασθενείας άνω των 24 ετών έως και το 26^{ο} έτος»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Βιβλιάριο ασθενείας του έμμεσα ασφαλισμένου.			
2. Βεβαίωση σπουδών τρέχοντος ακαδημαϊκού έτους ή του αποκτηθέντος τίτλου σπουδών.			
3. Πρόσφατη φωτογραφία του έμμεσα ασφαλισμένου.			
3. Υπεύθυνη Δήλωση του Ν.1599/86 (συμπεριλαμβάνεται στην παρούσα αίτηση)			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

(ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΟΤΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΑΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ)

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το παιδί μου

Είναι άγαμο, άνεργο και δεν δικαιούται υγειονομική περίθαλψη από κανένα ασφαλιστικό φορέα. Σε οποιαδήποτε μεταβολή θα ενημερωθεί το αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο του ΟΑΠ-ΔΕΗ

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΟΤΑΝ Ο ΑΙΤΩΝ ΕΙΝΑΙ Ο ΕΜΜΕΣΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ)
Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Είμαι άγαμος/η, άνεργος/η και δεν δικαιούμαι υγειονομική περίθαλψη από κανένα ασφαλιστικό φορέα.

Σε οποιαδήποτε μεταβολή θα ενημερωθεί το αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο του ΟΑΠ-ΔΕΗ.

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Παράταση ισχύος βιβλιαρίου ασθενείας για τέκνα άνω των 24 ετών έως και το 26ο έτος**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

5

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού ΔΕΗ :							
Ονομα άλλου ταμείου μιθσωτού:							
Μητρώο άλλου ταμείου :							
Βεβαίωση χρόνου ασφάλισης άλλου ταμείου :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………. 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………….. 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

…………………….20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

5a

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση πληροφοριακού δελτίου σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:		
Αρ. Μητρώου Προσωπικού ΔΕΗ :						

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή πληροφοριακού δελτίου) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………………. 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………….. 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση πληροφοριακού δελτίου σε μισθωτούς ΔΕΗ ΑΕ για το συνολικό χρόνο ασφάλισης εντός και εκτός ΔΕΗ**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 6

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης υπαγωγής στον Κλάδο Υγείας Ασφαλισμένων, Συνταξιούχων και μελών οικογενείας»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ……………………………………………………………………

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:							
ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………   2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………   4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης υπαγωγής στον Κλάδο Υγείας Ασφαλισμένων, Συνταξιούχων και μελών οικογενείας**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

7

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής από την ασφάλιση του Κλάδου Υγείας Ασφαλισμένων, Συνταξιούχων και μελών οικογενείας»

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΩΝ ΜΕΛΩΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ……………………………………………………………………

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:					
ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΒΕΒΑΙΩΣΗΣ:					

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι ενδιαφερόμενοι πρέπει να έχουν προβεί στη διακοπή και στη σχετική ενημέρωση του βιβλιαρίου της ασθενείας

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………. 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………….. 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης διακοπής από την ασφάλιση του Κλάδου Υγείας Ασφαλισμένων, Συνταξιούχων και μελών οικογενείας**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 8

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης χρόνου ασφάλισης πρώην ασφαλισμένων μισθωτών ΔΕΗ και τ. ΗΕΑΠ, προκειμένου να κατατεθεί σε άλλον ασφαλιστικό φορέα»

ΠΡΟΣ:	**ΟΑΠ-ΔΕΗ** **ΑΘΗΝΑ**	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:							
Προορισμός της βεβαίωσης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής βεβαίωσης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η βεβαίωση αυτή δεν έχει εφαρμογή για προσμέτρηση χρόνου συνταξιοδότησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν.Δ. 4202/61 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 1405/83

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……………………..20…………..

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης χρόνου ασφάλισης πρώην ασφαλισμένων μισθωτών ΔΕΗ και τ. ΗΕΑΠ, προκειμένου να κατατεθεί σε άλλον ασφαλιστικό φορέα**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

9

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης στον Κλάδο Υγείας μέλους οικογένειας ασφαλισμένων και συνταξιούχων»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΜΕΛΟΥΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΖΗΤΕΙΤΑΙ Η ΒΕΒΑΙΩΣΗ:							
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:							
Προορισμός της βεβαίωσης :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:	



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………………………… 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………… 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………….20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης περί μη ασφάλισης στον Κλάδο Υγείας μέλους οικογένειας ασφαλισμένων και συνταξιούχων**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 10

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επίδομα Κυοφορίας».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αίτηση παροχής σε χρήμα (Επισυνάπτεται στην παρούσα αίτηση).			
2. Γνωμάτευση θεράποντα γυναικολόγου (βεβαίωση της γέννησης)			
3. Δύο ληξιαρχικές πράξεις γέννησης του παιδιού.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Το δικαιούνται μόνον οι άμεσα ασφαλισμένοι ακόμη και αν αποβάλλουν από τον τέταρτο μήνα και μετά.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Α Ι Τ Η Σ Η
ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α

<table>
<tr><td>ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ...
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)
ΟΝΟΜΑ ....
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ..
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)
Μ.Ο

Α.Μ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

–

ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ............................</td><td>Ζητώ να μου δοθεί σε χρήμα η ανάλογη παροχή για
....
....
....
....
....
....
....
....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ</td></tr>
<tr><td>ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ..
....
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)
ΟΝΟΜΑ
....
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΟΝΟΜΑ
ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ...
(ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ
ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ..

ΕΙΔ. Α.Μ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.................

–

ΤΟΠΟΣ
ΔΙΑΜΟΝΗΣ..

ΟΔΟΣ...ΑΡ.........ΤΗΛ.............................
...........</td><td></td></tr>
</table>

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΟΑΠ-ΔΕΗ
Από την εξέταση του ασθενή προκύπτει ότι ....
....
....
....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΣ ΟΑΠ-ΔΕΗ

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝ. ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (Αρθρο 16, παρ.7 Ν.4491/1966)

Η Πρωτοβάθμια Υγειον. Επιτροπή ΟΑΠ/ΔΕΗ ....με την αριθ..
απόφασή της...
....
....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΟΑΠ-ΔΕΗ (Αρθρο 16 παρ. 7 Ν.4491/66)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Το Διοικητικό Συμβούλιο με την αριθμ....................................απόφασή του ενέκρινε την καταβολή στο δικαιούχο

χρηματική παροχή €
....
....
....
....
....
....

για .... και για χρονικό διάστημα

ημερών

ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Να γίνουν οι απαραίτητες διαδικασίες και να καταβληθεί στον δικαιούχο το ως άνω ποσό που καθόρισε το Δ.Σ. του ΟΑΠ-ΔΕΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΡΜΟΔΙΟΣ Δ.Υ.Υ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επίδομα Κυοφορίας**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

11

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επίδομα Θηλασμού».

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αίτηση παροχής σε χρήμα (Επισυνάπτεται στην παρούσα αίτηση).			
2. Γνωμάτευση θεράποντα γυναικολόγου (βεβαίωση του θηλασμού).			
3. Δύο ληξιαρχικές πράξεις γέννησης του παιδιού.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η αίτηση εγκρίνεται εφ' όσον το βρέφος θηλάζει για διάστημα (6) μηνών από την ημέρα γέννησης. Σε περίπτωση διδύμων η παροχή σε χρήμα αυξάνεται κατά 50%. Την παροχή δικαιούνται μόνον οι άμεσα ασφαλισμένες.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……………………….20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ

Α Ι Τ Η Σ Η
ΠΑΡΟΧΗΣ ΣΕ ΧΡΗΜΑ

Σ Τ Ο Ι Χ Ε Ι Α

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΕΠΩΝΥΜΟ.. (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΟΝΟΜΑ .... (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ... (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) Μ.Ο Α.Μ. ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ – ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ............................	Ζητώ να μου δοθεί σε χρήμα η ανάλογη παροχή για .... ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΕΠΩΝΥΜΟ... .... (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΟΝΟΜΑ .... (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ/ΣΥΖΥΓΟΥ... (ΚΕΦΑΛΑΙΑ) ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ.. ΕΙΔ. Α.Μ. ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ................. – ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ.. ΟΔΟΣ...ΑΡ.........ΤΗΛ..............................	

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ ΟΑΠ-ΔΕΗ
Από την εξέταση του ασθενή προκύπτει ότι ....
....
....
....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΣ ΟΑΠ-ΔΕΗ

ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΥΓΕΙΟΝ. ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ (Αρθρο 16, παρ.7 Ν.4491/1966)

Η Πρωτοβάθμια Υγειον. Επιτροπή ΟΑΠ/ΔΕΗ ....με την αριθ.......................................
απόφασή της..
....
....

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

ΑΠΟΦΑΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΟΑΠ-ΔΕΗ (Αρθρο 16 παρ. 7 Ν.4491/66)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Το Διοικητικό Συμβούλιο με την αριθμ....................................απόφασή του ενέκρινε την καταβολή στο δικαιούχο

χρηματική παροχή €
....
....
....
....
....
....

για .... και για χρονικό διάστημα

ημερών

ΕΝΕΡΓΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ
Να γίνουν οι απαραίτητες διαδικασίες και να καταβληθεί στον δικαιούχο το ως άνω ποσό που καθόρισε το Δ.Σ. του ΟΑΠ-ΔΕΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΡΜΟΔΙΟΣ Δ.Υ.Υ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επίδομα Θηλασμού**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

12

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βοηθήματος για έξοδα κηδείας».

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Επώνυμο:		Όνομα:	
Όνομα Πατέρα ή συζύγου:		Αρ. Μητρώου Προσωπ.:	
Τόπος Διαμονής:		Οδός:	
Αριθ.:		Τηλ.:	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Αντίγραφο ληξιαρχικής πράξης θανάτου του ασφαλισμένου.			
2. Δελτίο Παροχής Υπηρεσιών ή Τιμολόγιο Γραφείου Τελετών.			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΥΠΟΤ. ΠΑΡΟΧΩΝ Η ΚΛΙΜΑΚΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Για την κηδεία τ… θαν….. επιμελήθηκε ο/η Αιτ………………………………………………………………………….
……
……

………………… **……………………**
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ **Ο ΣΥΝΤΑΞΑΣ**

Από τα τηρούμενα στοιχεία προκύπτει ότι ……..ανωτέρω ασφαλισμέν……, ελάμβανε μηνιαίως……………..(€) Ευρώ ως τακτικές αποδοχές-Σύνταξη.

………………….. **………………………………**
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ **ΓΙΑ ΤΟΝ ΥΠΟΤΟΜΕΑ ΠΑΡΟΧΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………… 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………… 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. θαν δεν ελάμβανε άμεσα ή έμμεσα άλλη σύνταξη από τον ΟΑΠ ή ελάμβανε άλλη σύνταξη από τον ΟΑΠ με στοιχεία (Ονομ/νυμο) (Αρ. Μητρώου προσωπ.)

2. Υποχρεούμαι να επιστρέψω στον Υποτομέα Λογιστικής Ασφαλιστικών Παροχών ΟΑΠ (Μυλλέρου 13), όσες τυχόν επιταγές εκδοθούν από την ημερομηνία θανάτου μέχρι την ημέρα που θα εισπράξω το ποσόν των εξόδων κηδείας της οποίας επιμελήθηκα.

……..……………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΑΠΟΦΑΣΗ ΓΕΝΙΚΟΥ Δ/ΝΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
(Ν. 4491/66 αρ. 4, παρ. 9, Ν. 861/79 αρ. 1 και Αποφ. Υπουργού ΥΠ και ΚΑ Α1/7/19.1.87)

Ο Διευθυντής Κλάδου Συντάξεων και Πρόνοιας ΟΑΠ/ΔΕΗ με την απόφαση αριθ…………………..εγκρίνει τη χορήγηση του ποσού……………….€ (ευρώ), σαν βοήθημα για έξοδα τ…. θαν………ασφαλισμέν…….. ………………………………………. και την καταβολή του στο δικαιούχο.

……………………………………..



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βοηθήματος για έξοδα κηδείας**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 13

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Συμμετοχή σε Βρεφονηπιακούς Σταθμούς της ΔΕΗ (Αμαρουσίου-Περιστερίου-Καλλιθέας)»

		ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
ΠΡΟΣ:	*	*Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία*	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ:		ΜΙΣΘΟΛΟΓΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:					
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:		ΓΕΝΙΚΗ Δ/ΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ:					
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ:		ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:					

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΣΥΖΥΓΟ:		
ΕΡΓΑΖΕΤΑΙ Ή ΟΧΙ Ο ΣΥΖΥΓΟΣ:	**ΝΑΙ**	**ΟΧΙ**
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ:		
ΦΙΛΟΞΕΝΟΥΝΤΑΙ ΑΛΛΑ ΠΑΙΔΙΑ ΣΤΟ ΣΤΑΘΜΟ	**ΝΑΙ**	**ΟΧΙ**
ΥΠΑΡΧΟΥ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΤΑ:	**ΝΑΙ**	**ΟΧΙ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΟΥ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΙΔΙΟΥ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:	

ΕΠΙΛΟΓΗ ΣΤΑΘΜΟΥ:……………………………………………………………………………………

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ(3)
1. Εκκαθαριστικό Σημείωμα Εφορίας του τελευταίου έτους (αντίγραφο).			
2. Φωτοτυπία της πρώτης σελίδας του βιβλιαρίου ασφάλισης του παιδιού.			
3. Βεβαίωση από Παιδίατρο (Πιστοποιητικό Υγείας).			
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η εγγραφή των παιδιών στους Β/Ν Σταθμούς δεν προϋποθέτει και την μεταφορά τους με τα σχολικά αυτοκίνητα.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ: 1. Για κάθε παιδί θα συμπληρωθεί ξεχωριστή αίτηση και θα προσκομισθούν ξεχωριστά δικαιολογητικά, 2. Η αίτηση συμπληρώνεται για τα παιδιά που είναι ασφαλισμένα στον ΟΑΠ-ΔΕΗ και έχουν ηλικία από 8 μηνών έως 6 ετών για τους Β/Ν Σταθμούς Αμαρουσίου και Περιστερίου και από 2,5 ετών για το Σταθμό Καλλιθέας, 3. Κριτήρια επιλογής είναι κυρίως, να εργάζονται και οι δύο γονείς, η οικονομική κατάσταση και τυχόν σοβαρά οικογενειακά – κοινωνικά προβλήματα (που θα διαπιστωθούν από κοινωνική έρευνα), 4. Σε περίπτωση που και οι δύο γονείς εργάζονται στη ΔΕΗ, η αίτηση θα συμπληρωθεί από τον μισθωτό-γονέα που έχει ασφαλίσει το /τα παιδιά στο όνομά του.

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………………   2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας

3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………..
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Συμμετοχή σε Βρεφονηπιακούς Σταθμούς της ΔΕΗ (Αμαρουσίου-Περιστερίου-Καλλιθέας).**				
Υπηρεσία Υποβολής:					
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**		

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

14

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα της ΔΕΗ ΑΕ ή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ανταλλαγής φιλοξενίας στην Κύπρο ή στο Ιδιωτικό Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΔΕΗ:		ΚΛΙΜΑΚΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ (ΒΟΚ):					
ΚΕΝΤΡΟ ΚΟΣΤΟΥΣ:		ΤΗΛ. ΕΡΓΑΣΙΑΣ:					
Μ.Ο.:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΙΔΙΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΣΥΓ. ΣΧΕΣΗ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) : * Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου					
ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗΣ

ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ	ΠΕΡΙΟΔΟΣ Α	ΠΕΡΙΟΔΟΣ Β	ΠΕΡΙΟΔΟΣ Γ	ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ
ΑΝ. ΦΡΑΓΚΙΤΣΑ ΕΥΡΥΤΑΝΙΑΣ				
Ν. ΦΩΚΑΙΑ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ «ΥΔΡΥΛΙ»				
ΑΝΤΑΛΛΑΓΗ ΦΙΛΟΞΕΝΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ				ΠΑΡΑΛΙΜΝΗ ΑΓ. ΝΑΠΑ
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΤΑΤΑΣΚΗΝΩΣΗ …………………… …………………… …………………… ……………………				Συμπληρώνεται η επωνυμία της ιδ. Κατασκήνωσης είτε ως β' επιλογή σε περίπτωση πληρότητας θέσεων είτε ως επιλογή του Ιδιωτικού Προγράμματος

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **Απαραίτητα Δικαιολογητικά Συμμετοχής**
Όλα τα παιδιά θα πρέπει να έχουν μαζί τους τα εξής: 1.Ιατρική βεβαίωση του θεράποντα ιατρού τους. 2.Κάρτα κατασκηνωτή με πρόσφατη φωτογραφία και υπογεγραμμένη από την υπηρεσιακή μονάδα που κατατέθηκε η αίτηση για την ταυτοπροσωπία του παιδιού (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ). Τα πιο πάνω θα τα παραδίδουν στη γραμματεία της κατασκήνωσης.

ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ: Σε περίπτωση πρόωρης αποχώρησης από την κατασκήνωση ο Γονέας υποχρεούται να ενημερώσει (αποστολή με Fax) με **Υπεύθυνη Δήλωση Οριστικής Αποχώρησης** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) τα ασφαλιστικά γραφεία αναγράφοντας ημερομηνία, ημέρα ακόμα και την ώρα αποχώρησης η οποιαδήποτε παράληψη θα αναγκάζει την Υπηρεσία στην μη καταβολή του ημερήσιου τροφείου.

ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ: η ευθύνη μεταφοράς των παιδιών, προς και από, τις ιδιωτικές κατασκηνώσεις είναι του γονέα και επιβαρύνει αποκλειστικά αυτόν. Οι γονείς που επιθυμούν να κάνουν χρήση του συγκεκριμένου κατασκηνωτικού προγράμματος μπορούν να επιλέξουν την κατασκήνωση της αρεσκείας τους, **αρκεί να αποδέχεται η κατασκήνωση να**

συνεργαστεί με τον ΟΑΠ-ΔΕΗ, να έχει άδεια λειτουργίας και ασφαλιστήριο συμβόλαιο, όπως επίσης να μπορεί να προσκομίσει (η κατασκήνωση) κατά την πληρωμή φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.
Η αίτηση θα πρέπει να συμπληρωθεί με προσοχή ως προς την ακρίβεια και πληρότητα των σχετικών στοιχείων και να κατατεθεί στις υπηρεσίες (γραμματείες) ή στα κατά τόπους ασφαλιστικά γραφεία που ανήκει ο κάθε μισθωτός ή συνταξιούχος. **Σε περίπτωση που η αίτηση δεν είναι πλήρης όσο αφορά τα στοιχεία δεν θα γίνεται δεκτή**.
Επιπλέον οι μισθωτοί και συνταξιούχοι **πέραν της αίτησης που θα καταθέσουν** , για να εξασφαλίσουν την θέση του παιδιού τους, θα πρέπει ΝΑ ΚΛΕΙΣΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ **ΟΙ ΙΔΙΟΙ** ΘΕΣΗ και στην κατασκήνωση της προτίμησής τους. Σε περίπτωση που οι μισθωτοί δεν υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής των παιδιών στις υπηρεσίες – ασφαλιστικά κλιμάκια ή δεν κλείσουν θέση στην κατασκήνωση, η υπηρεσία δεν θα καταβάλει τα έξοδα του ημερήσιου τροφείου τα οποία θα επιβαρύνεται ο ίδιος ο γονέας.

Ο ΟΑΠ-ΔΕΗ ορίζει επιτροπές ελέγχου για τις ιδιωτικές κατασκηνώσεις για αποφυγή τυχόν πλαστοπροσωπίας παιδιών και μη δήλωσης πραγματικών ημερών παραμονής σε αυτές.
Σε περίπτωση που κατά τον έλεγχο διαπιστωθεί πλαστοπροσωπία, εικονική δήλωση παραμονής παιδιών ή απουσία παιδιών από την κατασκήνωση, το ημερήσιο τροφείο θα καταβληθεί από τους ασφαλισμένους γονείς.
Σημειώνεται ότι τα παιδιά που θα συμμετάσχουν στο ιδιωτικό κατασκηνωτικό πρόγραμμα με την προσέλευσή τους στις κατασκηνώσεις θα πρέπει να έχουν μαζί τους τα εξής: 1. Ιατρική βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό τους. 2. Κάρτα κατασκηνωτή με **πρόσφατη φωτογραφία** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) που αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του παιδιού και ***υπογεγραμμένη από την υπηρεσιακή μονάδα που κατατέθηκε η αίτηση***. 3.Υπεύθυνη Δήλωση **Προσέλευσης** (ΕΝΣΩΜΑΤΩΝΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ) συμπληρωμένη με ακρίβεια. Τα πιο πάνω θα τα παραδίδουν στη Γραμματεία της κατασκήνωσης, για την διευκόλυνση και το καλύτερο έλεγχο των επιτροπών .Προκειμένου να επιτύχουμε ακριβέστερο έλεγχο για τις ημέρες παραμονής, σε περίπτωση πρόωρης αποχώρησης από την κατασκήνωση ο Γονέας υποχρεούται να ενημερώσει (αποστολή με Fax) με **Υπεύθυνη Δήλωση Οριστικής Αποχώρησης** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) τα ασφαλιστικά γραφεία αναγράφοντας ημερομηνία, ημέρα ακόμα και την ώρα αποχώρησης η οποιαδήποτε παράληψη θα αναγκάζει την Υπηρεσία στην μη καταβολή του ημερήσιου τροφείου.

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:
Επιθυμώ τη συμμετοχή του/ων παιδιού/ών μου, που είναι ασφαλισμένα στον ΟΑΠ/ΔΕΗ, σε παιδική κατασκή-
Νωση κατά το θέρος 200_

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Συμμετοχή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα της ΔΕΗ ΑΕ ή στο Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα ανταλλαγής φιλοξενίας στην Κύπρο ή στο Ιδιωτικό Κατασκηνωτικό Πρόγραμμα**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: **Απαραίτητα Δικαιολογητικά Συμμετοχής**
Όλα τα παιδιά θα πρέπει να έχουν μαζί τους τα εξής: 1.Ιατρική βεβαίωση του θεράποντα ιατρού τους. 2.Κάρτα κατασκηνωτή με πρόσφατη φωτογραφία και υπογεγραμμένη από την υπηρεσιακή μονάδα που κατατέθηκε η αίτηση για την ταυτοπροσωπία του παιδιού (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ). Τα πιο πάνω θα τα παραδίδουν στη γραμματεία της κατασκήνωσης.
ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗ: Σε περίπτωση πρόωρης αποχώρησης από την κατασκήνωση ο Γονέας υποχρεούται να ενημερώσει (αποστολή με Fax) με **Υπεύθυνη Δήλωση Οριστικής Αποχώρησης** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) τα ασφαλιστικά γραφεία αναγράφοντας ημερομηνία, ημέρα ακόμα και την ώρα αποχώρησης η οποιαδήποτε παράληψη θα αναγκάζει την Υπηρεσία στην μη καταβολή του ημερήσιου τροφείου.
ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΣΕΙΣ: η ευθύνη μεταφοράς των παιδιών, προς και από, τις ιδιωτικές κατασκηνώσεις είναι του γονέα και επιβαρύνει αποκλειστικά αυτόν. Οι γονείς που επιθυμούν να κάνουν χρήση του συγκεκριμένου κατασκηνωτικού προγράμματος μπορούν να επιλέξουν την κατασκήνωση της αρεσκείας τους, **αρκεί να αποδέχεται η κατασκήνωση να συνεργαστεί με τον ΟΑΠ-ΔΕΗ, να έχει άδεια λειτουργίας και ασφαλιστήριο συμβόλαιο, όπως επίσης να μπορεί να προσκομίσει (η κατασκήνωση) κατά την πληρωμή φορολογική και ασφαλιστική ενημερότητα.**
Η αίτηση θα πρέπει να συμπληρωθεί με προσοχή ως προς την ακρίβεια και πληρότητα των σχετικών στοιχείων και να κατατεθεί στις υπηρεσίες (γραμματείες) ή στα κατά τόπους ασφαλιστικά γραφεία που ανήκει ο κάθε μισθωτός ή συνταξιούχος. **Σε περίπτωση που η αίτηση δεν είναι πλήρης όσο αφορά τα στοιχεία δεν θα γίνεται δεκτή**.
Επιπλέον οι μισθωτοί και συνταξιούχοι **πέραν της αίτησης που θα καταθέσουν στα γραφεία της υπηρεσίας**, για να εξασφαλίσουν την θέση του παιδιού τους, θα πρέπει ΝΑ ΚΛΕΙΣΟΥΝ ΕΓΚΑΙΡΑ **ΟΙ ΙΔΙΟΙ** ΘΕΣΗ και στην κατασκήνωση της προτίμησής τους. Σε περίπτωση που οι μισθωτοί δεν υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής των παιδιών στις υπηρεσίες – ασφαλιστικά κλιμάκια ή δεν κλείσουν θέση στην κατασκήνωση, η υπηρεσία δεν θα καταβάλει τα έξοδα του ημερήσιου τροφείου τα οποία θα επιβαρύνεται ο ίδιος ο γονέας.

Ο ΟΑΠ-ΔΕΗ ορίζει επιτροπές ελέγχου για τις ιδιωτικές κατασκηνώσεις για αποφυγή τυχόν πλαστοπροσωπίας παιδιών και μη δήλωσης πραγματικών ημερών παραμονής σε αυτές.
Σε περίπτωση που κατά τον έλεγχο διαπιστωθεί πλαστοπροσωπία, εικονική δήλωση παραμονής παιδιών ή απουσία παιδιών από την κατασκήνωση, το ημερήσιο τροφείο θα καταβληθεί από τους ασφαλισμένους γονείς.
Σημειώνεται ότι τα παιδιά που θα συμμετάσχουν στο ιδιωτικό κατασκηνωτικό πρόγραμμα με την προσέλευσή τους στις κατασκηνώσεις θα πρέπει να έχουν μαζί τους τα εξής: 1. Ιατρική βεβαίωση από τον θεράποντα ιατρό τους. 2. Κάρτα κατασκηνωτή με **πρόσφατη φωτογραφία** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) που αποδεικνύει την ταυτοπροσωπία του παιδιού και **υπογεγραμμένη από την υπηρεσιακή μονάδα που κατατέθηκε η αίτηση**. 3.Υπεύθυνη Δήλωση **Προσέλευσης** (ΕΝΣΩΜΑΤΩΝΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ) συμπληρωμένη με ακρίβεια. Τα πιο πάνω θα τα παραδίδουν στη Γραμματεία της κατασκήνωσης, για την διευκόλυνση και το καλύτερο έλεγχο των επιτροπών .Προκειμένου να επιτύχουμε ακριβέστερο έλεγχο για τις ημέρες παραμονής, σε περίπτωση πρόωρης αποχώρησης από την κατασκήνωση ο Γονέας υποχρεούται να ενημερώσει (αποστολή με Fax) με **Υπεύθυνη Δήλωση Οριστικής Αποχώρησης** (ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ) τα ασφαλιστικά γραφεία αναγράφοντας ημερομηνία, ημέρα ακόμα και την ώρα αποχώρησης η οποιαδήποτε παράληψη θα αναγκάζει την Υπηρεσία στην μη καταβολή του ημερήσιου τροφείου.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΚΑΡΤΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΑ ΚΑΤΑΣΚΗΝΩΤΗ

Όνομα Παιδιού:		
Φύλο:	**Ημερ. Γέννησης:**	
Ταμείο Ασφαλισμένου: ΟΑΠ-ΔΕΗ		
Κατασκήνωση Επιλογής:		
Κατασκηνωτική Περίοδος:	**Από:**	**Έως:**
Διεύθυνση Κατοικίας:		
Περιοχή:	**Τ.Κ.:**	
Όνομα Ασφαλισμένου ΟΑΠ-ΔΕΗ:	**Τηλ. Εργασίας:**	
Τηλέφωνο Οικίας:	**Κινητά:**	

Ημερομηνία:
Ο Κηδεμόνας:
Έγκριση από Υπηρεσιακή Μονάδα:
Υπογραφή και ολογράφως:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΟΧΩΡΗΣΗΣ

Ο/Η
υπογράφων……………………………………………………………………………………………
Ασφαλισμένος στο Ταμείο……………………………………………………………………………..
Δηλώνω με Ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Νόμου για ψευδή δήλωση, ότι ο/η ……………………………………………………………………………παρέμεινε στην κατασκήνωση…………………………………………………την περίοδο 200_ και για το χρονικό διάστημα…………………………..
Σε περίπτωση ψευδών ή ανακριβών στοιχείων της Δήλωσης ο ΟΑΠ-ΔΕΗ ουδεμία υποχρέωση έχει και η δαπάνη καταβολής του τροφείου βαρύνει αποκλειστικά και μόνο τον κηδεμόνα του παιδιού.

Ημερομηνία αποχώρησης:………./……./200…..

Ώρα Αποχώρησης:………………………..

Ο Κηδεμόνας
Υπογραφή και Ολογράφως

……………………………

(Η Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον κηδεμόνα του παιδιού και συνυποβάλλεται από την κατασκήνωση στον ΟΑΠ-ΔΕΗ μαζί με τα προβλεπόμενα παραστατικά για την εκκαθάριση της δαπάνης)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ

Ο/Η
υπογράφων……………………………………………………………………………………………….
Ασφαλισμένος στο Ταμείο………………………………………………………………………………..
Δηλώνω με Ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις του Νόμου για ψευδή δήλωση, ότι ο/η ………………………………………………………………………………….προσήλθε στην κατασκήνωση………………………………………………….την περίοδο 200_ στις…………ημέρα…………………………………
Σε περίπτωση ψευδών ή ανακριβών στοιχείων της Δήλωσης ο ΟΑΠ-ΔΕΗ ουδεμία υποχρέωση έχει και η δαπάνη καταβολής του τροφείου βαρύνει αποκλειστικά και μόνο τον κηδεμόνα του παιδιού.

Ημερομηνία αποχώρησης:………./……./200…..

Ώρα Αποχώρησης:……………………….

Ο Κηδεμόνας
Υπογραφή και Ολογράφως

……………………………

(Η Κάρτα του Κατασκηνωτή παραμένει στη κατασκήνωση. Η Υπεύθυνη Δήλωση συμπληρώνεται από τον κηδεμόνα του παιδιού και υποβάλλεται από την κατασκήνωση στο Ταμείο του)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 15

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση Δανείου».

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
Αρ. Μητρώου Προσωπικού:		Μ.Ο.:		Οικογ. Κατάσταση:			
Υπηρ. Κλιμ. που υπηρετεί ή Δ/ση Κατοικίας του Συνταξιούχου:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΑΙΤΗΜΑ-ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Ζητώ να μου χορηγηθεί δάνειο…………………………………………………€ (Ευρώ) για να αντιμετωπίσω……………………………………………………………………………………
………
(Αναγράφονται συνοπτικά οι λόγοι έκτακτης ανάγκης για την οποία χρειάζεται το δάνειο)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ	ΘΑ ΠΡΟΣΚΟΜΙΣΤΕΙ	ΝΑ ΑΝΑΖΗΤΗΘΕΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΑ[(3)]
(Για Ασθένεια, νοσηλεία εσωτερικού) (1) 1. Αντίγραφο εντολής πληρωμής της Υπηρεσίας από την οποία να προκύπτει η διαφορά του ποσού που δεν κάλυψε η ασφάλιση. Για σοβαρές περιπτώσεις επαρκεί ιατρική γνωμάτευση από κρατικό νοσοκομείο ή από γιατρό της διεύθυνσης ασφάλισης. 2. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης (για προστατευομένα μέλη της οικογένειας του ασφαλισμένου που αποδεδειγμένα τον βαρύνουν οικονομικά αλλά δεν υπάγονται στην ασφάλιση του Ν.4491/66.			
(Για Εγχείρηση) (2) 1. Εξιτήριο από κρατικό νοσοκομείο ή κλινική από το οποίο να προκύπτει ότι έγινε χειρουργική επέμβαση			
(Για Μετάβαση στο εξωτερικό για διάγνωση, εγχείρηση, θεραπεία) (3) 1. Εφόσον η αίτηση υποβληθεί πριν τη μετάβαση στο εξωτερικό: **α)** Απόφαση Υγειονομικής Επιτροπής ή Κρατικού Νοσοκομείου. **β)** Μετά την επιστροφή προσκόμιση στοιχείων που θα αποδεικνύουν τη μετάβαση στο εξωτερικό και τη γενομένη δαπάνη. **3.2.** Εφόσον η αίτηση υποβληθεί μετά: Στοιχεία που αποδεικνύουν τη μετάβαση στο εξωτερικό ή απόδειξη δαπάνης.			
(Για Γάμο) (4) **1.** Δημοσίευση στο τύπο ή άδεια γάμου ή ληξιαρχική πράξη γάμου.			
(Για Τοκετό) (5) Ληξιαρχική πράξη γέννησης ή εγκεκριμένη αίτηση αδείας λόγω τοκετού (για μισθωτή) ή ιατρική γνωμάτευση θεωρημένη από γυναικολόγο της ΟΑΠ ότι επίκειται τοκετός σε κάθε άλλη περίπτωση.			
(Θάνατος συζύγου ή παιδιών ή γονέων των δύο συζύγων) (6) **1.** Ληξιαρχική πράξη θανάτου			
(Για Διαζύγιο) (7) **(μια φορά μόνο από την έναρξη μέχρι την ολοκλήρωση της δικαστικής διαδικασίας)** **1.** Δικαστική απόφαση περί διαζυγίου ή αποδεικτικά στοιχεία έγερσης της αγωγής ή άλλης συγκεκριμένης δικαστικής πράξης			
(Για Μετακόμιση) (8) 1. Αποδεικτικά στοιχεία δαπανών μεταφοράς (φορτωτικές κλπ) ή συμφωνητικό μίσθωσης νέας κατοικίας			

2. Έντυπο της υπηρεσίας για τη μεταφορά του μειωμένου τιμολογίου ΔΕΗ (ΓΠ).			
(Για Σπουδές Παιδιών σε άλλη πόλη) (9) **1.** Βεβαίωση της οικείας σχολής για εγγραφή στο τρέχον σχολικό έτος.			
(Για Κλοπή κινητών πραγμάτων και καταστροφή περιουσιακών στοιχείων) (10) 1. Βεβαιωτικά στοιχεία από δημόσια αρχή **2.** Υπεύθυνη Δήλωση Ν.1599/86 ότι τα κλαπέντα ή καταστραφέντα δεν καλύπτουν από ασφάλεια			
(Για Ζημιές οχήματος από τροχαίο ατύχημα (οφειλόμενο σε σύγκρουση με άλλο όχημα ή άλλη) (11) 1.Έκθεση από ασφαλιστική εταιρεία ή δημόσια αρχή 2. Διάτρητη απόδειξη επισκευής ή τιμολόγιο στο όνομα του ασφαλισμένου.			
(Για επισκευή οχήματος λόγω χρονικής φθοράς) (12) Διάτρητη απόδειξη επισκευής ή τιμολόγιο στο όνομα του ασφαλισμένου			
(Για αγορά οικοσυσκευής: ψυγείου, κουζίνας, πλυντηρίου ρούχων ή πιάτων, απορροφητήρα, ηλεκτρικής σκούπας, τηλεόρασης, κλιματιστικού μηχανήματος θέρμανσης ή ψύξης, επίπλων, χαλιών, μοκετών) (13) Διάτρητη απόδειξη αγοράς ή τιμολόγιο εκδοθέντα στο όνομα του ασφαλισμένου (πρωτότυπα) στο όνομα του ασφαλισμένου			
(Για επισκευή κατοικίας) (14) 1.Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης από το οποίο θα προκύπτει ότι ο μισθωτός ή ο συνταξιούχος δηλώνει ιδιοκατοίκηση. 2. Διάτρητη απόδειξη ή τιμολόγιο (πρωτότυπα) στο όνομα του ασφαλισμένου **(Εφόσον έχει πραγματοποιηθεί η επισκευή)** ή Αποδεικτικά στοιχεία **(διάτρητη απόδειξη ή τιμολόγιο πρωτότυπα στο όνομα του ασφαλισμένου ότι πραγματοποιήθηκε ήδη το 1/3 της απαιτούμενης δαπάνης-απόδειξη αγοράς υλικών, αμοιβές τεχνιτών κλπ**			
(Για αγορά ή ανέγερση πρώτης κατοικίας((15) 1.Συμβόλαιο Αγοράς που υπογράφτηκε το αργότερο 24 μήνες πριν από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης του δανείου ή άδεια ανέγερσης α' οικοδομής (όχι για αποπεράτωση, επέκταση, προσθήκη) που να έχει εκδοθεί ή ανανεωθεί το αργότερο 2 χρόνια πριν την ημερομηνία υποβολής της αίτησης δανείου) 2. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης (όχι εκκαθαριστικό σημείωμα) επικυρωμένο από την οικεία οικονομική εφορία από το οποίο να προκύπτει για πρώτη κατοικία.			
(Για αποπεράτωση πρώτης κατοικίας) (16) 1.Άδεια ανέγερσης οικοδομής που να έχει εκδοθεί ή ανανεωθεί σε διάστημα μικρότερο των 4 ετών από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης 2.Βεβαίωση μηχανικών περί των υλοποιημένων για την αποπεράτωση της κατοικίας εργασιών. 3.Υπεύθυνη δήλωση ότι η οικοδομή δεν έχει αποπερατωθεί και ότι δεν έχει χορηγηθεί προηγούμενο δάνειο για την αιτία αυτή (Επισυνάπτεται στην παρούσα αίτηση). 4. Αντίγραφο φορολογικής δήλωσης (όχι εκκαθαριστικό σημείωμα) επικυρωμένο από την οικεία οικονομική εφορία από το οποίο να προκύπτει για πρώτη κατοικία.			
(Για Ληξιπρόθεσμες οφειλές ή οφειλές που πρόκειται να καταστούν ληξιπρόθεσμες εντός διμήνου από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης) (17) Αποδεικτικό δημόσιας αρχής ή τράπεζας από το οποίο να			

προκύπτει η αιτία της οφειλής.			

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Τα Δάνεια υπόκεινται σε χαρτόσημο 3,6% ο υπολογισμός και η παρακράτηση θα γίνεται από τη Μηχανογραφική Υπηρεσία.
Οι ρυθμίσεις ισχύουν και για τους μισθωτούς με ΣΟΧ ή ΣΑΧ με την προϋπόθεση να έχουν συνεχή υπηρεσία πάνω από 24 μήνες καθώς και για προερχόμενους από Σχολές ΔΕΗ εφόσον, βάση δικαιολογητικού που θα προσκομίσουν, έχουν ενταχθεί στο μόνιμο προσωπικό της Επιχείρησης. Δεν χορηγείται δάνειο στους συμβασιούχους που επανήλθαν με τη διαδικασία των ασφαλιστικών μέτρων μέχρις οριστικής ρύθμισης του θέματος.
(1) Τα δάνεια της περίπτωσης αυτής είναι δυνατόν να χορηγηθούν, κατά την κρίση της υπηρεσίας και για περιπτώσεις α) έμμεσα ασφαλισμένων και β) προστατευομένων μελών της οικογένειας του ασφαλισμένου που αποδεδειγμένα τον βαρύνουν οικονομικά αλλά δεν υπάγονται στην ασφάλιση του Ν.4491/66. **Ποσό δανείου μέχρι 586.94 €**
(2) Τα δάνεια της περίπτωσης αυτής είναι δυνατόν να χορηγηθούν, κατά την κρίση της υπηρεσίας και για περιπτώσεις α) έμμεσα ασφαλισμένων και β) προστατευομένων μελών της οικογένειας του ασφαλισμένου που αποδεδειγμένα τον βαρύνουν οικονομικά αλλά δεν υπάγονται στην ασφάλιση του Ν.4491/66. **Ποσό δανείου μέχρι 880.41€**
(3) Τα δάνεια της περίπτωσης αυτής είναι δυνατόν να χορηγηθούν, κατά την κρίση της υπηρεσίας και για περιπτώσεις α) έμμεσα ασφαλισμένων και β) προστατευομένων μελών της οικογένειας του ασφαλισμένου που αποδεδειγμένα τον βαρύνουν οικονομικά αλλά δεν υπάγονται στην ασφάλιση του Ν.4491/66. **Ποσό δανείου μέχρι 1320.62€**
(4) **Ποσό Δανείου μέχρι 733.68€**
(5)Ποσό Δανείου μέχρι 586.94 € και για τοκετό διδύμων 733.68 €
(6) Ποσό Δανείου μέχρι 586.94 €
(7) Ποσό Δανείου μέχρι 440.21 €
(8) Ποσό Δανείου μέχρι 586.94 €
(9) Σε σχολές δημόσιες ή αναγνωρισμένες ιδιωτικές, μέσου, ανωτέρου ή πανεπιστημιακού επιπέδου ή μέσες ή ανώτερες επαγγελματικές. Δεν περιλαμβάνονται οι σχολές στις οποίες η φοίτηση είναι εσωτερική και χωρίς επιβάρυνση των γονέων. **Ποσό Δανείου για ένα παιδί σε άλλη πόλη μέχρι 880.41 €, για δύο παιδιά άλλη πόλη μέχρι 1027.15€, για 2 παιδιά σε διαφορετική πόλη το καθένα μέχρι 1173.88€**
(10) Εκτός τιμαλφών και ειδών πολυτελείας π.χ. γούνες, video, πίνακες ζωγραφικής κλπ), **Ποσό Δανείου μέχρι 733.68€**
(11) Ποσό Δανείου μέχρι 733.68€
(12) Ποσό δανείου μέχρι 528.25 €
(13) Ποσό Δανείου μέχρι 498.90€
(14) Περιλαμβάνεται και η αγορά και τοποθέτηση τεντών και η εγκατάσταση κεντρικής θέρμανσης καθώς επίσης και η τοποθέτηση ηλιακού θερμοσίφωνα. Ποσό δανείου μέχρι 1027.15 € (εφόσον έχει πραγματοποιηθεί η επισκευή) και μέχρι 733.68€ (εφόσον έχει πραγματοποιηθεί το 1/3)
(15) Δεν αποτελεί πρώτη κατοικία η υπάρχουσα ιδιόκτητη που δεν πληροί τις στεγαστικές ανάγκες της οικογένειας, σύμφωνα με την ισχύουσα Νομοθεσία για την απαλλαγή από το φόρο μεταβίβασης. Το Δάνειο για την παραπάνω αιτία χορηγείται μόνο μια φορά. Ποσό Δανείου μέχρι 1467.35€
(16) Ποσό Δανείου μέχρι 1027.15€
(17) Δεν περιλαμβάνονται οι προερχόμενες οφειλές από τέλη κυκλοφορίας αυτοκινήτου, από φόρο εισοδήματος και από καταναλωτικές δαπάνες μέσω πιστωτικών καρτών. Ποσό Δανείου μέχρι 586.94€

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………………
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο……………………………………………………………
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν υπάρχει ανεξόφλητο δάνειο που μου έχει χορηγηθεί από τον ΟΑΠ/ΔΕΗ

2. Οι μηνιαίες αποδοχές μου είναι € (Ευρώ)

3. α) Έχω ενταχθεί στο μόνιμο προσωπικό ΝΑΙ - ΟΧΙ (Διαγράφεται η μία από τις δύο περιπτώσεις)

β) Έχω 2ετή συνεχή υπηρεσία στη ΔΕΗ ΝΑΙ - ΟΧΙ (Για τους ΣΟΧ και ΣΑΧ) (Διαγράφεται η μία από τις δύο περιπτώσεις)

Η Ημερομηνία πρόσληψης

Παραιτούμαι ρητά και ανεπιφύλακτα από κάθε συμφωνία για τμηματική επιστροφή των χρημάτων του δανείου σε περίπτωση που λυθεί η σύμβαση εργασίας μου με τη ΔΕΗ πριν από την ολοσχερή εξόφληση του και αποδέχομια ότι οι υπόλοιπες δόσεις του δανείου γίνονται αυτοδίκαια ληξιπρόθεσμες και απαιτητές από την ημερομηνία που λύνεται η σύμβασή μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

Εγκρίθηκε η χορήγηση δανείου ……………………………….€ (Ευρώ) με την απόφαση του Γενικού Διευθυντή ΟΑΠ/ΔΕΗ……………………………………..

Ημερομηνία………………………

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΣΥΝΤΑΞΕΩΝ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση Δανείου**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

16

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αλλαγή Διεύθυνσης Κατοικίας συνταξιούχου»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης[1]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

[Ταχυδρομική Διεύθυνση ΚΕΠ, τηλέφωνο, φαξ και email για επικοινωνία]

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………   2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………..   4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20……………

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Αλλαγή Διεύθυνσης Κατοικίας συνταξιούχου**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 17

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση, επαναχορήγηση, διακοπή, συνέχιση οικογενειακού επιδόματος τέκνων (για συνταξιούχους)».

☐ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ☐ ΕΠΑΝΑΧΟΡΗΓΗΣΗ ☐ ΔΙΑΚΟΠΗ ☐ ΣΥΝΕΧΙΣΗ

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:			
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:			
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:			
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:			
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:		
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:	ΤΚ:
Τηλ:		Fax:		E – mail:	
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΔΕΗ:					

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ
ΑΠΑΙΤΟΥΜΕΝΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΟΥ:	ΚΑΤΑΤΕΘΗΚΕ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ
Πιστοποιητικό Σπουδών, ληξιαρχική πράξη γέννησης του τέκνου, του ασφαλισμένου (στην περίπτωση χορήγησης ή επαναχορήγησης, συνέχιση του οικογενειακού επιδόματος)	
Αντίγραφο Πτυχίου ή βεβαίωση ανάληψης εργασίας ή ληξιαρχική πράξη γάμου (στην περίπτωση διακοπής του οικογενειακού επιδόματος)	

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ:

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:

1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:…………………………………………………………………………………….
2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας
3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………….
4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας
5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:………………………………………………………….

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση, επαναχορήγηση, διακοπή οικογενειακού επιδόματος τέκνων**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

18

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Χορήγηση βεβαίωσης του ύψους του οικογενειακού επιδόματος, τέκνου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην Πρόνοια»

ΠΡΟΣ:	*	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης(1):			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:							
ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ :							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………   2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας   3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………………….   4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας   5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Χορήγηση βεβαίωσης του ύψους του οικογενειακού επιδόματος, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στην Πρόνοια**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**		
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

19

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Αναθεώρηση σύνταξης λόγω τμηματικού υπολογισμού αυτής (για συνταξιούχους)»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:		Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:		Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:		Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία γέννησης[(1)]:			Τόπος Γέννησης:				
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:							
ΟΝΟΜΑ ΑΛΛΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ ΣΥΝΑΤΞΙΟΥΧΟΥ:							
ΜΗΤΡΩΟ ΤΟΥ ΑΛΛΟΥ ΤΑΜΕΙΟΥ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :

* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:……………………………………………………………………………………………………. 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο…………………………………………………………………… 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:…………………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (2), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……..……………..20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269

(2) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Αναθεώρηση σύνταξης λόγω τμηματικού υπολογισμού αυτής (για συνταξιούχους)**			
Υπηρεσία Υποβολής:				
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:			**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**		**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (άρθρο 8 Ν.1599/1986) 20

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Περιγραφή αιτήματος : «Επιστροφή εισφορών υπέρ ΛΑΦΚΑ (για συνταξιούχους)»

ΠΡΟΣ:	*	**ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ**	**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**
		Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία	

*** Αρμόδιο ασφαλιστικό γραφείο ΟΑΠ-ΔΕΗ**

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:			Επώνυμο:				
Όνομα Πατέρα:			Επώνυμο Πατέρα:				
Όνομα Μητέρας:			Επώνυμο Μητέρας:				
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:			Α.Φ.Μ:				
Ημερομηνία γέννησης(1):				Τόπος Γέννησης:			
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:			
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ ΔΕΗ:							

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ * (για κατάθεση αίτησης ή παραλαβή τελικής διοικητικής πράξης) :
* Προσκόμιση εξουσιοδότησης με επικύρωση του γνήσιου της υπογραφής από δημόσια υπηρεσία ή συμβολαιογραφικού πληρεξουσίου

ΟΝΟΜΑ:		ΕΠΩΝΥΜΟ:			
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΠΑΤΕΡΑ:		ΑΔΤ:			
ΟΔΟΣ:		ΑΡΙΘ:		Τ.Κ:	
Τηλ:		Fax:		E – mail:	

Επιλέξτε με ποιο τρόπο θέλετε να παραλάβετε την απάντησή σας:
1. Να σας αποσταλεί με συστημένη επιστολή στη Διεύθυνση:………………………………………………………………………… 2. Να την παραλάβετε ο ίδιος από την υπηρεσία μας 3. Να την παραλάβετε από άλλο σημείο………………………………………………………… 4 Να την παραλάβει εκπρόσωπός σας 5 Να σας αποσταλεί με fax στον αριθμό:……………………………………………………………

ΧΡΟΝΟΣ : Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις [(2)], που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

----

(3) Εξουσιοδοτώ το ΚΕΠ (άρθρο 31 Ν. 3013/2002) να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

……………………20…………..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται ολογράφως και κατόπιν αριθμητικά, ως πλήρης εξαψήφιος αριθμός η ημερομηνία γέννησης: πχ η 7 Φεβρουαρίου 1969 γράφεται αριθμητικά: 070269
(2) «Οποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
[ΤΙΤΛΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ]

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΗΜΑΤΟΣ

Αίτημα:	**Επιστροφή εισφορών υπέρ ΛΑΦΚΑ (για συνταξιούχους)»**		
Υπηρεσία Υποβολής:			
Αριθμ. Πρωτοκόλλου:		**Ημ/νια αιτήματος:**	
Αρμόδιος Υπάλληλος:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	
Αιτών:	**Όνομα:**	**Επώνυμο:**	

ΧΡΟΝΟΣ: Έως ημέρες από την περιέλευση του αιτήματος και των τυχόν απαραίτητων δικαιολογητικών στην αρμόδια για την έκδοση της τελικής πράξης υπηρεσία(ο χρόνος δεσμεύει την εκδίδουσα την τελική πράξη υπηρεσία).

ΚΟΣΤΟΣ: Μηδέν

ΤΡΟΠΟΣ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ ΠΟΥ ΕΠΕΛΕΓΗ:

Ο Υπάλληλος

(υπογραφή)

(Ημερομηνία)

ΑΠΟ ΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟ